

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数
1. 理念の共有	8
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	0
III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	1
1. 一人ひとりの把握	5
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	0
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	3
1. その人らしい暮らしの支援	6
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	4
合計	20

事業所番号	1493400186
法人名	有限会社 優心会
事業所名	六丁目のつどい
訪問調査日	平成25年9月6日
評価確定日	平成25年10月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1493400186	事業の開始年月日	平成21年6月1日
		指定年月日	平成21年6月1日
法人名	有限会社 優心会		
事業所名	六丁目のつどい		
所在地	(246-0031) 横浜市瀬谷区瀬谷6丁目16-11		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	24 名
		通い定員	12 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	4 名
		定員 計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成25年8月1日	評価結果 市町村受理日	平成25年12月25日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

・在宅支援 ・その人らしさのある生活 ・地域、家族とのつながり

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成25年9月6日	評価機関 評価決定日	平成25年10月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

①この事業所は相鉄線瀬谷駅より徒歩10分の住宅地の中にあります。道沿いに流れる境川の向こう岸は大和市です。地理的な面、小規模多機能事業所の不足の面もあり、サービス利用地域を横浜市の瀬谷区、泉区の他大和市としての認可もしてもらっています。この地域は旧厚木街道に沿って発展した地域で、街道沿いに商店街が栄えた所です。近年は住宅地として発展し、商店街があるのでご利用者と一緒に買い物ツアー等、散歩を兼ねて出かけています。建物は旧民家の改良ですが、ホーム名をセンスの良いインテリアとして外壁に飾り、皆さんが入ってみたい雰囲気を作り、気軽に集えるよう趣きを添えています。 ②介護の方針は在宅を中心として、住み慣れた地域で従来の生活を継続が出来ることに置き、その中で利用者の持っている能力が発揮出来るような支援を心がけています。デイサービスや自宅での生活でも個人の持っているものを活かせるよう努めています。利用者は独居の方も多く、親身に対応に努めています。また、ご家族の勤務の関係では朝が早かったり、夜が遅かったりする場合もあり、それに対応する送迎や、朝の食事が出来ない利用者が此処に来て朝食をされるケースもあります。泊りは少ないですが、独居の方の住まいのゴミの分別をお手伝い等もしています。これらを含めて、ご家族の精神的、肉体的負担を出来るだけ軽減してあげたいと考えています。 ③職員と一緒に考えて作成した理念を掲示し、名札に携帯し、実現に努めています。理念の根幹は地域との密着と自立支援であり、家庭的なホーム運営を実現しています。管理者の方針も、利用者に住み慣れた地域で在宅及び通所のサポートをしながらの自立支援としています。その為に地域に溶け込むことに努め、自治会のゴミ当番への参加、老人会の公園掃除への参加、ホームへの見学者の受け入れ、自治会の夏まつりの協力等、地元との交流を図ると共に、“「六丁目のつどい」はこのようなご利用方法があります”なるビラを配布し、やさしく利用方法を紹介し、利用方法を知らない方にも気軽に小規模多機能事業所をご活用頂けるよう普及に努めています。介護計画については、当初よりセンター方式を採用しています。ケアマネジャーは、職員のレベルアップを図る上でC-1-2シート等を使ったアセスメントを徹底して行い、本人の思いや、したい事を日常の話や、行いから捉えるよう努めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	六丁目のつどい
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

1. 49E+09			
63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	その人の能力を発揮し、自立支援をはかりつつ、地域の方々との交流を深めながらその人らしい在宅生活が継続できるようにする。 理念揭示。	職員と一緒に考えて作成した理念を掲示し、名札に携帯し、実現に努めています。理念の根幹は地域との密着と自立支援であり、その人の能力を発揮し、地域の方々との交流を深めながらその人らしい在宅生活が継続できるよう自立を支援しています。	今後の継続	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会加入 ごみ当番 老人会出席 公園掃除 ホーム開放 見学歓迎 ボランティア受け入れ 地域の催し物参加 夏まつり夜店出店（駄菓子）	地域との密着がホームの理念・方針であり、自治会に加入し、ゴミ当番、老人会出席、公園掃除、地域自治会の夏祭り（駄菓子の夜店出店）や地域の催し物への参加、ホーム開放 見学やボランティアの受け入れ等を行っています。ボランティアでは、絵の先生（ちぎり絵や色塗り）が月1回、書道の先生が月2回、昼食手伝いの方が毎週来てくれています。小学校の体験学習の受け入れ等も実施しています。	今後の継続	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方々への開放 緊急時の困り事に協力体制（揭示） キャラバンメイトとしての活動 老人会への参加 見守り協力機関			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ホームの現状報告 行事の声掛け 緊急時の協力体制のお願い 委員に民生委員の方がなられました 運営推進会議での相談、助言	運営推進会議は2ヶ月に1回実施しています。メンバーは自治会長、副会長、民生委員それに地域包括支援センターの方、ご家族、利用者本人それにホーム関係者です。議題はホームの現状報告、行事の声掛け、緊急時の協力体制のお願い、ボランティア紹介のお願いなどです。地域包括支援センターの方には小規模多機能についてご理解頂き、利用者の紹介などもして頂いています。	今後の継続	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市・区の会合の出席 高齢者支援担当への情報提供 地域包括支援センターとの連携	瀬谷区は高齢者対策に熱心であり、グループホーム・小規模多機能の合同連絡会にも参加しています。横浜市や瀬谷区の会合へも必ず出席しています。また、瀬谷区の高齢者支援担当への情報提供も心がけています。横浜市の小規模多機能連絡会のNPO化の推進に協力し、実現することが出来ました。地域包括支援センターのとは連携を取っていますが、イベント参加は利用者のADLを含め、まだ実現していません。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は、ホーム全体として、絶対に行わない日頃の指導により確認を行っている。 職場の回覧などにより全体意識の向上。 施錠は物騒なため夜間のみ行う。	ホームの理念に従い、身体拘束は、ホーム全体として絶対に行わないことを、職員に対して日頃の指導により確認しています。洒落た事業所の名前が、センスの良いインテリアとして外壁に付けられ、入り口は開放され、リビング前のロビーと併せて、一般の方が喫茶店と間違えて訪れることもあるくらい開放的な雰囲気を備えています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待絶対禁止、職場内掲示やケア会議で指導 入浴時の身体検査 言葉遣いの徹底		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度などの説明 成年後見制度の資料回覧 成年後見制度のパンフ掲示や後見人制度の研修会を勧めている 事前指示の勉強会 市民後見人制度講座を受講		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は丁寧に内容説明し、納得がいくまで説明する。 スタッフもすべて理解し、説明できるよう掲示している。 再教育して再確認を得る		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族からの声は、連絡ノートにより、汲み取り、ご家族と話し合いをしている。 ケア会議で提案し、改善している。 運営推進委員会へ反映。	ご家族からの声は、送迎時や連絡ノートにより汲み取り、また、連絡ノートが読める利用者の場合には口頭で連絡を取り合っています。日頃ご家族と話し合いをしている内容についてケア会議で提案し、改善するようにしています。ご家族のご意見は運営推進委員会の議題としてお知らせし、意見を伺い、運営に反映するようにしています。独居の方については、ご家族が訪問する日を確認しておき、送迎時に面談し、話し合うようにする他、電話連絡も小まめに行うよう心がけています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ケア会議での意見交換や、スタッフの声を反映している。 スタッフからの議題の提供、2ヶ月に一回の懇親会。 代表の面談相談は随時。 毎日ミニカンファレンスを行っている（1H程）	ケア会議や毎日の昼のミニカンファレンス等で意見交換を行い、スタッフの声を運営に反映しています。スタッフからは活発に意見が出され、議題も提供してくれています。2ヶ月に1回は懇親会も持ちインフォーマルな意見交換も行っています。代表との面談についても必要に応じ随時行っています。職員の資格取得もサポートしています。専任の看護師は入浴日の水木土に出勤し、バイタル等の確認を行っています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	昇給・資格手当・夜勤手当 年末年始奨励金支給 夏冬賞与・健康診断（年2回夏冬休み）		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	小規模多機能型施設グループ連絡会の加入 他関連ホームへの実習 職場内研修 研修会、講演会へ積極的参加を勧めている		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	連絡会のつながり良好関係 情報交換 連絡会参加		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	個々の要望をできるだけ叶える。困っている事、不安な事を、本人と話したり、様子観察していく中から察知し、本人との関係を作っていく。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の労を労い、家族の困っていること、要望に耳を傾ける機会を作る。 来訪時や、電話でも話せる環境、関係作りを行っている。 福祉資源の提供		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	家族の希望する内容をしっかり捉えて、何を求めているのか、見極めて的確なケアに繋がっている。相談役、他の福祉資源の提供。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族的家庭的な暮らしの中で人生の先輩として色々なことを教わったり、聞いたりして家族同様の雰囲気作りを行っている。 まず本人に寄り添う		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族とは、何でも話せる環境を作り、家族関係の大切さを支援して行く。家族の一員として、一緒に支えあって行く。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	行きたい所、やりたい事を見極めて叶えてあげる。友人らとの関係を歓迎する。	小規模多機能は居宅支援であり、ご家族や馴染みの人や場との関係を維持しつつ利用できることが最大のメリットです。行きたい所、やりたい事を見極めて叶えてあげるように支援に努めています。外食や買い物ツアーも希望に応じて企画するなどしています。また、ご友人達との関係を歓迎し、継続出来るように支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	テーブルの席を定期的に交換し、誰とでも交流でき一緒に散歩したり、趣味、ゲームをしたりできるように交流の場を作る		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院したら、お見舞いや、ご家族へ電話で様子を伺い、いつでも相談に乗る事を話しておく。他施設への訪問。 終了後も家族に近況を聞いたりする。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の思いやしたい事を、日常の話や、行いから捉える。 C-1-2シートから本人の思いや希望を把握し、生活活動を知り、在宅時の生活様子を本人、家族から聞き、本人主体のケアプランを作成する	介護計画については当初よりセンター方式を採用しています。本人の思いや意向、やりたいこと等の把握についてはC-1-2シートによるアセスメントを実践し、本人主体の、本人の思いやしたい事を中心とした想いを、日常の話や行いから捉え、ケアプランに反映するようにしています。日頃の生活活動を知り、在宅時の生活様子を本人、家族から聞き、本人主体のケアプランを作成するよう努めています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族から、生活歴、馴染みの場所、友人をセンター方式のシートを埋めつつ把握する。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	様子観察（行動・言動） ケアプラン経過記録 日常生活の言葉の観察 家族からの話を知る。 B-1, B-2シートでなじみをさぐる		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日頃の支援の中で、アセスメント・ケアプラン・モニタリングを、様子観察・経過記録を通して、カンファレンスを行い、家族への声も頂き、プランを作成する。 本人主体のケアプラン作成	日頃の支援の中で、アセスメント・ケアプラン・モニタリングを行ない、様子観察・経過記録を通してケアカンファレンスを行い、ホームの方針として家族の声も頂き、本人主体のケアプランを作成しています。カンファレンスは月1回2時間程度ですが、変化のある人を重点としながら効率よく進めるようにしています。ケアプランはご家族の納得の上で実施しています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	経過記録から気づき、変化を知る。ADL・課題シートをアセスメントシートにしよう。 月1～2回 ケース会議 ミニカンファレンスは毎日。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人の希望、家族要望にできるだけ支援できるよう。多機能的に取り組んでいる。 行政・医療・買い物・ドライブなど。 家族相談に応じ取り組んでいる。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の行事参加 コミスク・公園利用 絵画ボランティア・書道ボランティア		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	家族の希望で、かかりつけ医との連絡・情報交換。夜間緊急時の支援を受ける。	主治医は基本的に従来自宅で受診していたかかりつけ医であり、家族の希望でかかりつけ医との連絡・情報交換を行っています。協力病院（湘南泉病院、若葉台歯科）も設定しており、夜間や緊急時に活用しています。利用開始時には各々の利用者の主治医からのデーターを、入院した場合にはサマリーをもらって介護に生かしています。特定の利用者については専門病院の受診が必要であり、経過説明が必要のため看護師が同行するケースもあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	協力医療機関の担当医師・看護師に相談し緊急時対応する。主治医への相談。協力医療機関の担当医師・看護師への相談。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	協力医療機関の担当医師・看護師・相談員とは、情報交換を密に行い、退院後の指導を受けている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	往診医・主治医との協力。医療機関とは、いつも情報交換を行い、重度化・終末期のあり方などについて、本人や家族とは、十分に話し合い、共有し支援を行う。	往診医・主治医と協力 医療機関とは何時も情報交換を行い、重度化・終末期のあり方等について本人や家族とは十分に話し合うようにしています。スタッフとも十分に話し合い、主治医、家族、ホームは状況を共有して支援するようにしています。優心会の2グループホームを含めて、終末期対応の相談には応ずるようにしています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアル作成・確認 救急法の訓練 応急手当の訓練 AEDの使用法		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練 年2回（昼夜） 地域緊急連絡の方法 避難用の毛布 救急箱の設置 地域住民参加訓練 災害時の備蓄品用意	年2回（昼夜）の避難訓練を実施しています。地域との防災に関する緊急連絡の方法等については、自治会や班と話し合い、地域の住民の方々に参加して頂いて訓練を実施しています。避難用の毛布、救急箱の設置なども行っています。備蓄については、お米、水、缶詰、衛材など、近隣への分も配慮しながら準備しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、人格を損ねるような言動・行動を慎む。 個人情報の守秘義務 家族など個人情報の取り扱い厳守	個々の人格を尊重し、その人の能力の発揮を促し、言葉遣い、人格を損ねるような言動・行動を行わないように努めています。また、個人情報の守秘義務、特に居宅支援なので家族など個人情報の取り扱い厳守を心がけて対応に努めています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	レクリエーション参加など本人がやる・やらないを決める。 本人が決定できるよう、声が出るのを待つ。 一人一人のペース尊重。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人が希望しないことは強制しない。散歩などの時、行きたくないときは、次の機会を作る。 買い物も本人同伴で行う。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	おしゃれを勧める。 理・美容への進め。 その人に合った髪型 着替えもご本人に選んでもらう。 鏡をみていただく。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを聞き、近づくよう一緒に献立をたてる。 調理、盛り付けの手伝い 食事の準備、配膳下膳を自立支援する。 おいしく食べる	食事については、スタッフにベテラン主婦の方が多く料理が得意であり、メニューは利用者の好みを聞き、一緒に献立を考えています。調理、盛り付けの手伝い、食事の準備、配膳下膳などは自立支援の立場で一緒に行うようにしています。週2回は食事ボランティアの方が来て手伝ってくれています。利用者の方と一緒に近くのフジスーパーへ買い物に行ったり、餃子包みを手伝ってもらう等、利用者が楽しめるよう支援に努めています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一日1400kcal～1500kcal 塩分控えめ 水分摂取の声かけ 栄養は一日全体として捉える 糖分摂取・塩分摂取見守り		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの支援 義歯の清掃・殺菌（ポリデント） 歯科医の往診・定期健診		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンを知り、それによって声かけの機会を見つける。 SOSの早期発見。 リハビリパンツの使用は勧めない。 自信の回復	センター方式を採用し、D-4シートによるアセスメントでパターンを把握し、排泄行動の自立支援、本人の排泄パターンに沿った声掛けを行い、行動パターンで尿・便意が分かる体制が来ています。リハパンの使用はあまり勧めず、SOSの早期発見により自信を回復してもらうよう支援しています。便秘には気をつけ、野菜果物水分摂取を勧め、長期の便秘には医師の指示、看護師の指導で薬剤の服用も併用しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便時チェックし、量をデータに取る。 排便が3日間無い時は、運動を工夫。野菜果物水分摂取を勧める。 家族、Drに報告、相談。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の意思を確認してからの入浴とし、都合に応じ順番を前後する。無理強いせず、拒否の時は少し間をおき、声を掛ける。 本人の希望を聞き、スタッフの変更あり。	本人の意思確認してから入浴して頂くようにし、無理強いせず、拒否の場合も少し時間空けて声掛けをしたり、スタッフを交代して見る等の工夫しながら支援に努めています。個浴であるので、1対1になるといろいろな話をしてくれるので、介護の参考にしています。原則週3回の入浴を行っています。概して風呂好きの方が多く、拒否は無く、お風呂を楽しんでもらっています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼寝のすすめ。（下肢の浮腫防止） 就寝・起床もゆつたりと、本人の希望を支持している。 夜間不眠時は少し会話をしたり、水分を摂ったりデータを取る。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬確認 個々の用法量、副作用や変更があった時は記録し必読する。薬は手渡し、服用済むまで、見守りをする。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の好み、楽しみを把握し無理強いはない。 畑仕事が好きな人は、好きな時に外に出で手入れしている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	散歩や外気浴は、日課として行う。 買い物ツアーや、喫茶店などに希望があれば、出掛けている。 気分転換、社会性の保持	悪天候以外、毎日散歩や外気浴を日課として行っています。歩ける人が多いので、希望で買い物ツアー（天狗ストアやファミリーマート、100円ショップなど）や喫茶店などで外出しています。買い物ツアーなどで、自分の支払いができるよう、気分転換や社会性の保持が出来るように支援しています。湘南医療専門学校などの実習生が来た場合には必ず散歩に出ています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	買い物ツアーや外食会では、自分の支払いができるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	暑中お見舞いや、年賀状など手作りしている。家族からの電話は本人の喜びなので、支援を大事にしている。家族への絵手紙作り。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	室温・照明・においに配慮 トイレ・洗面所は一日数回清掃。 季節の花、歳時記で季節感を味わっていただく。 ちぎり絵などで、季節を知る。	室温・臭い・照明には気をつけて配慮しています。トイレ・洗面所は1日に数回清掃して清潔を保つようにしています。季節の花や歳時記、ちぎり絵等で季節感を味わって頂ける様、工夫に努め、空間には絵の先生の指導による作品、ちぎり絵などを展示しています。食後は眠くなる人もおり、椅子の生活で血液が足に滞留する傾向もあるのでベットを活用し、希望の方には横になってもらうなど工夫と配慮をしています。また、職員の指導で小物の製作を行ったりしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ベンチやソファで話したり、 気の合う方同士、隣に座って話したりする。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	その人の使い慣れた寝具や枕タオルなどで、工夫している。 居心地の良い環境作りを心がけている。	小規模多機能のショートステイなので、専用に使って頂く部屋は無く、従って、持って来られる道具もせいぜい小物1～2点です。その方の使い慣れた寝具やタオル等程度で工夫して使って頂き、居心地の良い環境作りを行うように配慮と工夫をしています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	バリアフリー、手すりの設置ドアは引き戸、履物はかかとのある物。 個々の力の発揮として、調理の手伝い、配膳下膳の自立支援を、行っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 小規模多機能型居宅介護
六丁目のつどい

作成日 平成25年10月1日

〔目標達成計画〕

優先 順位	項目 番号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内 容	目標達成に 要する期間
1	1.2	地域の行事、自治会の 行事、役割により交流 し、地域の方々とのつ ながりをより一層深め たい。	自治会の行事、役割の 協力。 老人会等の会合に多く 参加していく。	老人会等に参加し、皆 さんの相談に耳を傾け る。 福祉資源を提供する。	1 ヶ年
2	1.2	小規模多機能型居宅事 業所の利用方法を知っ ていただきたい。	老人会等の会合に多く 参加し、小規模多機能 型居宅介護の利用方法 を広める。	「六丁目のつどい」を 自由解放。 利用方法のパンフレッ ト配布。	1 ヶ年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。